

Upoważnienie na udzielenie świadczenia zdrowotnego małoletniemu do 18 r.ż.

Ja poniżej podpisana, będąc opiekunem prawnym

.....PESEL | | | | | | | | | | | | | | | |

imię i nazwisko

zam.....legitymująca/y się.....

nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

wyrażam jednorazową zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego w obecności: wskazanego przez osobę, która sprawuje prawną pieczę nad małoletnim opiekuna faktycznego małoletniemu do 6 r.ż. / bez obecności osoby, która sprawuje prawną pieczę nad małoletnim, albo opiekuna faktycznego małoletniemu po ukończeniu 6 r.ż.*

.....PESEL | | | | | | | | | | | | | | | |

imię i nazwisko

zam..... w obecności opiekuna faktycznego

.....PESEL | | | | | | | | | | | | | | | |

imię i nazwisko

zam.....legitymująca/y się.....

nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości

W zakresie:

1. Konsultację lekarską, badania diagnostyczne bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta TAK / NIE*
2. Wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich TAK / NIE*
3. Pobranie krwi i/lub wydzielin organizmu TAK / NIE*
4. Odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty TAK / NIE*
5. Podanie leków zaordynowanych w trakcie wizyty (również iniekcji) TAK / NIE*
6. Wykonanie szczepienia (wymaga wypełnienia poniżej) TAK / NIE*
7. Udzielenie informacji o stanie zdrowia pacjenta młodocianego, rozpoznaniu, możliwych i proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz o rokowaniu TAK / NIE*

Wywiad konieczny w przypadku wyrażenia zgody na wykonanie szczepienia ochronnego:

1. Czy dziecko w dniu podpisania oświadczenia jest zdrowe? TAK / NIE*
2. Czy dziecko jest uczulone na leki, pokarmy, jakiegokolwiek szczepionki lub lateksy? TAK / NIE* (jakie?).....
3. Czy kiedykolwiek u dziecka wystąpiła ciężka reakcja po szczepieniu? TAK / NIE* (jaka?).....
4. Czy dziecko choruje na astmę lub inną chorobę płuc, chorobę serca, nerek, krwi lub metaboliczną (np. cukrzycę) oraz czy dziecko jest leczone przewlekłe kwasem acetylosalicylowym (aspiryną)? TAK / NIE*
W przypadku odpowiedzi TAK proszę podać jakie to schorzenie i jakie leki dziecko przyjmuje.....
5. Czy dziecko w ciągu ostatnich 3 miesięcy leczono Kortyzonem, Prednizonem lub innym Kortykosteroidem (Deksametazonem, Enkortonolem, Enkortonem, Hydrokortyzonem, Medrolem, Metypredem itp.) TAK / NIE*
6. Czy dziecko poddawano radioterapii (napromieniowaniu) lub leczeniu biologicznemu (lekami immunologicznymi, np. z powodu zapalenia stawów lub nieswoistego zapalenia jelit)? TAK / NIE*
7. Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)? TAK / NIE*
8. Czy u najbliższych krewnych rozpoznano ciężki wrodzony niedobór odporności lub występowały nagle, niewyjaśnione zgony z powodu zakażeń? TAK / NIE*
9. Czy u dziecka, jego rodzeństwa lub rodzica występowały drgawki? Czy u dziecka występowały lub występują zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż, upośledzenie umysłowe)? TAK / NIE*
10. Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi), lek nazywany immunoglobuliną (gammaglobuliną) lub otrzymuje lek przeciwwirusowy (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej, półpaśca)? TAK / NIE*
11. Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni? TAK / NIE* (jaką i kiedy?).....
12. Czy dziewczynka/nastolatka jest w ciąży lub istnieje ryzyko, że będzie w ciąży w ciągu najbliższego miesiąca? TAK / NIE*

Po świadomym i rzetelnym udzieleniu odpowiedzi na powyższe pytania, wyrażam zgodę na wykonanie u mojego dziecka szczepienia ochronnego w zakresie:.....w jednostce organizacyjnej.....SZPZOZ w Twardogórze dnia.....

.....
(czytelny podpis pacjenta małoletniego po 16 r.ż.).....
(czytelny podpis opiekuna prawnego)

*niewłaściwe skreślić